



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 16.12.2024 № 1-3.13-1035/24

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении форм документов, оформляемых при заключении договора о кадровом обеспечении

В соответствии с пунктом 3.5, подпунктами 3.5.1, 3.5.2, 3.5.4 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления», приказываю:

1. Утвердить:

- форму заявления о направлении ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении согласно приложению № 1 к настоящему приказу;
- форму заявления о заключении договора о кадровом обеспечении согласно приложению № 2 к настоящему приказу;
- форму ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении согласно приложению № 3 к настоящему приказу;
- форму договора о кадровом обеспечении согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Сахалинской области:

- от 07.02.2022 № 3.13-2-п «Об утверждении Порядка заключения договора о кадровом обеспечении»;

- от 12.12.2023 № 1-3.13-830/23 «О внесении изменений в Порядок заключения договора о кадровом обеспечении, утвержденный приказом министерства здравоохранения Сахалинской области от 07.02.2022 № 3.13-2-п».

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

4. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) и разместить на официальном сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр
здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1035/24

ФОРМА

(наименование работодателя, должность, ФИО
руководителя)

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя
полностью)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о направлении ходатайства о заключении договора
о кадровом обеспечении

Прошу направить в министерство здравоохранения Сахалинской области (далее – Министерство) ходатайство о заключении со мной договора о кадровом обеспечении в целях получения компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренное пунктом 3.5.1 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления».

Соответствую условиям для заключения договора о кадровом обеспечении¹:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 1 января 2014 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

подтверждаю, что не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;

¹ Нужно отметить любым знаком

подтверждаю, что не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области;

заключал договор о целевом обучении с Министерством и (или) государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;

специалист с высшим медицинским образованием впервые трудоустроен после 1 января 2019 года в качестве преподавателя (по основному месту работы) в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Сахалинский базовый медицинский колледж»;

прибыл для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве заместителя руководителя учреждения;

прибыл на территорию Курильских островов после 1 января 2014 года для работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области в качестве среднего медицинского персонала.

ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимого заключения договора о кадровом обеспечении в целях получения компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу). Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня Министерством решениях о заключении договора о кадровом обеспечении либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении прошу уведомлять²:

на адрес электронной почты _____;

² Нужно отметить любым знаком

- почтовым отправлением на адрес _____;
- посредством вручения в Министерстве мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1035/24

ФОРМА

Министерство здравоохранения
Сахалинской области

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя
полностью, должность с указанием наименования
подведомственного министерству здравоохранения
Сахалинской области учреждения)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о заключении договора о кадровом обеспечении

Прошу заключить со мной договор о кадровом обеспечении в целях получения компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления» (далее - Положение № 183).

С Положением № 183 ознакомлен(а).

Соответствую условиям для заключения договора о кадровом обеспечении¹:

прибыл для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве руководителя учреждения;

подтверждаю, что не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;

¹ Нужно отметить любым знаком

подтверждаю, что не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области.

ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых заключения договора о кадровом обеспечении в целях получения компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу). Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня Министерством решениях о заключении договора о кадровом обеспечении либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении прошу уведомлять²:

- на адрес электронной почты _____;
- почтовым отправлением на адрес _____;
- посредством вручения в Министерстве мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

² Нужно отметить любым знаком

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1035/24

ФОРМА

Заполняется на бланке государственного
учреждения Сахалинской области

«__» _____ 20__ № _____

Министерство здравоохранения
Сахалинской области

ХОДАТАЙСТВО
о заключении договора о кадровом обеспечении

_____ (наименование государственного учреждения Сахалинской области)
(далее – Учреждение, Учреждение - работодатель), ходатайствует о заключении
договора о кадровом обеспечении с _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) работника полностью)

_____ ,
работающим(ей) в должности _____

_____ ,
(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием структурного подразделения и
населенного пункта согласно трудовому договору)

осуществляющим трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по
основному месту работы на условиях полного рабочего дня (далее – работник).

Трудовой договор от _____ № _____,
Сведения об образовании работника (с указанием реквизитов
подтверждающих документов): _____

Работник¹:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской
Федерации после 1 января 2014 года

_____ (указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

¹ Нужно отметить любым знаком

не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;

не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области;

заключал договор о целевом обучении с Министерством и (или) государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;

специалист с высшим медицинским образованием впервые трудоустроен после 1 января 2019 года в качестве преподавателя (по основному месту работы) в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Сахалинский базовый медицинский колледж»;

прибыл для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве заместителя руководителя учреждения;

прибыл на территорию Курильских островов после 1 января 2014 года для работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области в качестве среднего медицинского персонала;

дал согласие на обработку Министерством его персональных данных.

Способ уведомления работника о принятых в отношении него Министерством решениях о заключении договора о кадровом обеспечении либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении согласно Заявлению о направлении ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении²:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением на адрес _____;

посредством вручения в Министерстве ему лично.

Характеристика работника _____

(указывается характеристика работника с содержанием информации о выполняемом объеме работы, об установленных трудовым договором показателях эффективности деятельности и их выполнении, о соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии, отсутствии дисциплинарных взысканий и обоснованных жалоб)

² Нужно отметить любым знаком

Примечание: Учреждение - работодатель направляет в Министерство с сопроводительным письмом настоящее ходатайство с приложением следующих документов:

- копии паспорта работника;*
- копии трудового договора по основному месту работы работника;*
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (работника);*
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (работника);*
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности заявителя, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.*

В сопроводительном письме указывается перечень прилагаемых документов.

Все копии прилагаемых документов должны быть заверены Учреждением - работодателем.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых Учреждением - работодателем сведений и документов, возлагается на Учреждение - работодателя.

Руководитель Учреждения - работодателя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1035/24

ФОРМА

ДОГОВОР
о кадровом обеспечении

г. Южно-Сахалинск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Министерство здравоохранения Сахалинской области, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице _____
(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденном постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», с одной стороны,

и гражданин(ка) – лицо, прибывшее для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве врача, руководителя, заместителя руководителя учреждения, специалиста с высшим медицинским образованием, прибывшего для работы в качестве преподавателя в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Сахалинский базовый медицинский колледж», либо прибывшее на территорию Курильских островов для работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области в качестве среднего медицинского персонала (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

работающим(ей) в _____,
(наименование подведомственного Министерству учреждения)

(далее – Учреждение) в должности _____
(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием

структурного подразделения и населенного пункта согласно трудовому договору)

по трудовому договору от _____ № _____,
осуществляющим трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по основному месту работы на условиях полного рабочего дня, именуемый(ая) в

дальнейшем «Медицинский работник», именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления» (далее - Положение № 183), заключили настоящий договор о кадровом обеспечении первичного звена (далее – Договор) о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Медицинскому работнику, заключившему трудовой договор по основному месту работы на условиях полного рабочего дня, предоставляется дополнительная социальная гарантия в виде компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренная подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 (далее соответственно – КРИ, КРН).

1.2. Медицинский работник признан соответствующим условиям для заключения настоящего Договора, предусмотренным Положением № 183, на основании протокола рабочей группы по заключению договора о кадровом обеспечении.

Медицинский работник¹:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 1 января 2014 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

путем подписания настоящего договора подтвердил, что не заключал договор о кадровом обеспечении с Министерством;

путем подписания настоящего договора подтвердил, что не заключал договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области;

заключал договор о целевом обучении с Министерством и (или) государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;

¹ Нужно отметить

специалист с высшим медицинским образованием впервые трудоустроен после 1 января 2019 года в качестве преподавателя (по основному месту работы) в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Сахалинский базовый медицинский колледж»;

прибыл для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве заместителя руководителя учреждения;

прибыл для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве руководителя учреждения;

прибыл на территорию Курильских островов после 1 января 2014 года для работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области в качестве среднего медицинского персонала.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. Осуществлять трудовую в соответствии с квалификацией по основному месту работы в Учреждении на условиях полного рабочего дня в соответствии с трудовым договором.

2.1.2. В срок до 15 числа ежемесячно представлять работодателю документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения/ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

2.1.3. Уведомить Министерство в письменной форме в 10-дневный срок со дня наступления следующих обстоятельств:

- об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии);
- о получении Медицинским работником или членом его семьи компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

при предоставлении КРН:

- о прекращении договора найма (поднайма) жилого помещения (без заключения нового договора найма (поднайма) жилого помещения);

- о предоставлении Медицинскому работнику или членам его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо приобретение им или членом его семьи жилого помещения в собственность, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

при предоставлении КРИ:

- о прекращении договора ипотечного жилищного кредита (займа);
- о предоставлении Медицинскому работнику или члену его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

2.1.4. Возвратить излишне выплаченные суммы КРН /КРИ в месячный срок со дня получения требования об их возврате.

2.2. Медицинский работник вправе:

2.2.1. Получать информацию о предоставлении дополнительных социальных гарантиях, предусмотренных настоящим Договором и Положением № 183, порядке их получения.

2.2.2. Обращаться в Министерство с мотивированным ходатайством о возможности внесения по соглашению сторон изменений в настоящий Договор при наличии достаточных оснований.

2.3. Министерство обязуется:

2.3.1. Уведомить Медицинского работника об изменении своего наименования, места нахождения и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

2.3.2. Информировать Медицинского работника о реквизитах для возврата излишне выплаченных сумм КРН /КРИ.

2.4. Министерство вправе:

2.4.1. Вносить изменения в настоящий Договор по соглашению сторон.

2.4.2. Требовать возврата выплаченных сумм КРН/КРИ при установлении факта недостоверности информации, представленной для установления КРН/КРИ.

2.4.3. Взыскать невозвращенные в добровольном порядке средства, указанные в пунктах 2.1.3, 2.4.2 настоящего Договора, в судебном порядке.

3. Ответственность сторон

3.1. Стороны несут ответственность за неисполнение своих обязательств, указанных в настоящем Договоре, в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Стороны освобождаются от исполнения обязательств по настоящему Договору от ответственности за их неисполнение при наличии оснований, установленных законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для Министерства и Медицинского работника.

4.2. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств, предусмотренных Договором.

4.3. Любое уведомление, которое одна сторона направляет другой стороне в соответствии с настоящим Договором, направляется в письменной форме по почте или факсимильной связью с последующим представлением оригинала.

4.4. Медицинский работник путем подписания настоящего Договора дает согласие Министерству (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления дополнительной социальной гарантии в виде единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство на условиях, предусмотренных Положением № 183. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

4.5. Внесение изменений в настоящий Договор оформляется дополнительными соглашениями к нему.

4.6. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

5. Реквизиты Сторон

5.1. Министерство: 693020, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, тел.: (4242) 671-290, 671-334, 671-295, факс: (4242) 438-738, e-mail: zdrav@sakhalin.gov.ru; ОГРН 1026500527316, ИНН 6501024966, КПП 650101001.

5.2. Медицинский работник: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспортные данные: _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

адрес _____

телефон _____, адрес электронной почты: _____

6. Подписи Сторон:

Медицинский работник:

Министерство:

(наименование должности)_____
(подпись, Ф.И.О.)_____
(подпись, Ф.И.О.)
М.П.**ДОГОВОР СОГЛАСОВАН:**

Наименование структурного подразделения	Ф.И.О.	Подпись
Отдел кадровой политики и государственной гражданской службы		
Отдел правового обеспечения		
Финансово-экономический департамент		

7.11.136